



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

Grado en Psicología

Facultad de Ciencias Sociosanitarias

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2022/2023

Convocatoria Junio



Modalidad: Propuesta de intervención

Título: Programa de intervención en afectividad y sexualidad para mujeres con parálisis cerebral

Autora: Paula Vázquez Sampedro

Tutora: Carolina Vázquez Rodríguez

Código de Investigación Responsable: TFG.GPS.CVR.PVS.221127

Elche, a 29 de mayo de 2023

Índice

Resumen	4
Introducción	5
Identificación del problema	6
Evaluación de necesidades	7
Determinación del programa	9
Ejecución e implementación	10
Selección de participantes	11
Calendario	11
Recursos	12
Evaluación	13
Desarrollo de las sesiones	15
Seguimiento	24
Referencias bibliográficas	25
Tabla 1. Cronograma	11
Tabla 2. Presupuesto	13
Tabla 3. Organización del programa: Sesión 1	15
Tabla 4. Organización del programa: Sesión 2	16
Tabla 5. Organización del programa: Sesión 3	17
Tabla 6. Organización del programa: Sesión 4	18
Tabla 7. Organización del programa: Sesión 5	19
Tabla 8. Organización del programa: Sesión 6	21
Tabla 9. Organización del programa: Sesión 7	22
Tabla 10. Organización del programa: Sesión 8	23

Anexo A. Cartel publicitario	28
Anexo B. Inscripción al programa	29
Anexo C. Cuestionario de evaluación sobre sexualidad y afectividad en mujeres con parálisis cerebral	31
Anexo D. Escala “Comfort With Personal Sexuality”	34
Anexo E. Escala de Autoestima de Rosenberg	36
Anexo F. Escala de Autoeficacia General (EAG)	37
Anexo G. Escala “Autoconcepto Forma 5 (AF-5)”	38
Anexo H. Sesión 1: Presentación de las sesiones	39
Anexo I. Sesión 2: Kahoot e imágenes	40
Anexo J. Sesión 2: Imágenes de los cuerpos de un hombre y una mujer	42
Anexo K. Sesión 2: Información sobre la sexualidad femenina a lo largo de la vida	43
Anexo L. Sesión 3: Mitos sobre la sexualidad	45
Anexo M. Sesión 3: Presentación sobre sexo, identidad de género y orientación sexual	45
Anexo N. Sesión 4: Presentación sobre métodos anticonceptivos	46
Anexo O. Sesión 5: Presentación sobre el amor y las relaciones de pareja	47
Anexo P. Sesión 5: Mitos del amor romántico	47
Anexo Q. Sesión 5: Situaciones de pareja	48
Anexo R. Sesión 7: Situaciones sobre violencia sexual	48

Resumen

La parálisis cerebral es definida como un conjunto de trastornos motores no progresivos consecuencia de una agresión sobre el cerebro durante el desarrollo. La sexualidad y la afectividad de las personas que la padecen son aspectos entendidos como tabú, que conllevan la estigmatización y graves repercusiones en su calidad de vida. Por desgracia, existen pocos programas de intervención enfocados en este ámbito y dirigidos a este colectivo. Por esta razón, el presente trabajo tiene como objetivo el diseño de un programa de intervención llamado "Sexo y parálisis, ¡no son antónimos!", dirigido a mujeres de entre 16 y 30 años con parálisis cerebral de la provincia de Alicante. Dicha propuesta está compuesta por ocho sesiones, en las cuales se trabajarán la afectividad y la sexualidad junto con la normalización de ambas, desde la importancia de la autoestima, el autoconcepto y la autoeficacia para con dichos conceptos. Para medir la eficacia de la intervención, se realizará una evaluación antes y después de la implantación del programa, junto con un seguimiento pasados seis meses desde la finalización.

Palabras clave: parálisis cerebral, sexualidad, afectividad, mujeres, intervención.

Abstract

Cerebral palsy is defined as a group of non-progressive motor disorders resulting from an aggression on the brain during development. Sexuality and affectivity of people who suffer from CP are understood as taboo, which entails to stigmatization and serious repercussions on their quality of life. Unfortunately, there are few intervention programs focused on this field and aimed at this group. For this reason, the present work aims to design an intervention program entitled "Sexo y parálisis, ¡no son antónimos!", aimed at women between the ages of 16 and 30 with cerebral palsy in the province of Alicante. This proposal is made up of eight sessions, in which affectivity and sexuality will be worked on, together with the normalization of both, from the importance of self-esteem, self-concept and self-efficacy towards these concepts. To measure the effectiveness of the intervention, an evaluation will be carried out before and after the implementation of the program, with also a monitoring after six months.

Key words: cerebral palsy, sexuality, affectivity, women, intervention.

1. Introducción

La parálisis cerebral o PC es considerada como un conjunto de trastornos motores no progresivos consecuencia de una agresión sobre el cerebro durante el desarrollo, ya sea en la época fetal o durante los primeros años de vida (Póo Argüelles, 2008). Estos causan la limitación en la actividad de quien lo padece y es la causa más frecuente de discapacidad motora en la infancia (Kleinsteuber Súa et al., 2014). Las personas con parálisis cerebral suelen presentar, además del trastorno motor que caracteriza a esta discapacidad, otros trastornos asociados como pueden ser los sensoriales, de rendimiento cognitivo, de la comunicación, perceptivos, de conducta y epilepsia (Póo Argüelles, 2008).

Actualmente en España, según la encuesta más reciente de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) llevada a cabo por el Instituto Nacional de Estadística (INE), existen aproximadamente 65.300 personas mayores de 6 años que han sido diagnosticadas de PC, siendo 23.300 de ellas mujeres (INE, 2020).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el término sexualidad como “un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida”, que abarca, entre otros, el sexo, el erotismo, el placer o la intimidad, y que se vive y expresa a través de pensamientos, actitudes, conductas, relaciones interpersonales, etc. No todas estas dimensiones se vivencian o expresan siempre y la sexualidad está influida por la interacción de factores como los biológicos, psicológicos o sociales (OMS, 2006). Con respecto al concepto de afectividad, esta es la respuesta emocional y sentimental que experimenta una persona en cuanto a otra persona, un estímulo o una situación (González, 2002).

Ambos términos forman parte de la identidad básica de los seres humanos, y conocimiento y desarrollo tienen una gran importancia para la satisfacción plena de la persona. No obstante, la sexualidad y la afectividad de las personas con discapacidad son aspectos entendidos como tabú, no permitiendo el acceso de manera total a aquellos con diversidad funcional. Esto conlleva la estigmatización del colectivo, con graves repercusiones no solo en su salud sexual y reproductiva, sino que también en aspectos esenciales de la vida humana como son la identidad propia o las relaciones interpersonales (Vélez Laguado, 2006).

2. Identificación del problema

En referencia a la afectividad y sexualidad, Mailhot Amborsk et al. (2022) defienden que los adultos con cualquier tipo de discapacidad presentan a menudo las mismas necesidades sexuales que aquellos que no tienen discapacidad. Más concretamente en los adultos con parálisis cerebral, y en especial aquellos que no presentan una discapacidad intelectual, las relaciones románticas son un hecho muy importante para lograr una mejor calidad de vida (Maestro-Gonzalez et al., 2018). Estas personas suelen mantener relaciones románticas durante la adolescencia y la juventud, y también involucrarse en actividades autoeróticas, siendo estas últimas más frecuentes entre los hombres que entre las mujeres. No obstante, comienzan su actividad sexual a edades más avanzadas y mantienen relaciones románticas con menos frecuencia que aquellos sin parálisis cerebral, lo cual afecta de manera negativa el grado de aceptación que sus iguales no discapacitados tienen hacia ellos (Wiegierink et al., 2008, citado en Czapla y Otrębski, 2018).

Cabe destacar que, según Czapla y Otrębski (2018), las personas con parálisis cerebral reciben una educación sexual insuficiente que provoca que su conocimiento sobre la sexualidad sea menor que el que puedan tener sus iguales no discapacitados, por lo que sus dudas sobre sexualidad no solo se limitan a aquellas que puedan ser habituales entre las personas de su edad, sino que también presentan dudas sobre los problemas específicos relacionados con su discapacidad. Este desconocimiento sobre sus derechos sexuales puede también provocar situaciones de violencia sexual cuando estos intenten satisfacer sus propias necesidades (Mailhot Amborsk et al., 2022).

Dicha falta de educación, la cual permitiría un mayor autoconocimiento y además mejoraría la autoestima y el autoconcepto, ocurre debido a que la sexualidad de aquellos que cuentan con algún tipo de discapacidad funcional es un tema poco tratado tanto en el ámbito privado como en el público, teniendo así estas personas un menor acceso a la información y menos modelos de referencia en cuanto a su sexualidad (Garcia Silva, 2022).

Por otro lado, son las mujeres discapacitadas las que sufren con mayor gravedad las consecuencias de la discriminación y la falta de información vinculadas a su condición. Estas sufren una doble discriminación; por un lado, la relacionada con ser mujeres, y por otro, con ser personas con discapacidad. Esta problemática se manifiesta de varias maneras, algunas de ellas relacionadas con la sexualidad: la intensificación de las características de fragilidad

femenina, la infantilización, la sobreprotección y la denegación de roles estereotípicamente femeninos o los negados también a las demás mujeres (Cavalcante Carvalho, 2018).

También estas mujeres sufren mayores situaciones de violencia sexual en comparación a aquellas sin discapacidad; un 20,7% de las mujeres discapacitadas con un grado igual o superior al 33% han sufrido violencia de tipo físico o sexual por parte de sus parejas o exparejas, mientras que en el caso de las que no presentan ninguna discapacidad son el 13,8% las que han sufrido este tipo de violencia (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2019). Estos datos ponen en evidencia que las mujeres con discapacidad, debido a sus circunstancias personales y sociales, pueden presentar un mayor riesgo de sufrir violencia de género o mayores dificultades a la hora de acceder a los servicios referentes a esta violencia, como refleja la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (2004).

Las mujeres con PC, más concretamente, suelen ser concebidas como asexuales, incapaces de ser madres o personas con un bajo riesgo de convertirse en víctimas de violencia sexual. Esta idea se extiende también a los profesionales sanitarios, que pueden creer que el uso de los servicios de salud sexual y reproductiva en las mujeres con parálisis cerebral no es una prioridad y por tanto obviar en ellas enfermedades como las infecciones de transmisión sexual (ITS) o el cáncer cervical, entre otros (Shah et al., 2022). La acumulación de estas experiencias negativas asociadas a diversas estructuras y relaciones puede afectar de forma negativa a la salud y el bienestar psicosocial, físico y biológico de las mujeres con parálisis cerebral (Shah et al., 2022).

Por todo lo anteriormente comentado, se hace evidente la existencia de una problemática en cuanto a la sexualidad y la afectividad de las mujeres con parálisis cerebral.

3. Evaluación de necesidades

En primer lugar, ha sido notablemente complicado encontrar estudios recientes sobre la sexualidad y/o la afectividad de las personas con parálisis cerebral, y más concretamente de las mujeres que presentan esta discapacidad. Existe una falta de investigación en este ámbito que es necesario paliar, puesto que como se ha comentado anteriormente, existían 38.600 mujeres que padecían PC en 2008 (INE, 2008), una cifra significativamente elevada.

Por otro lado, también cabe destacar que la calidad de vida en las personas con parálisis cerebral no solo se rige por la satisfacción de las necesidades básicas como pueden ser las emocionales o económicas, sino que también es importante la satisfacción en lo referente a sus relaciones interpersonales o su propia sexualidad (Hergenröder y Blank, 2009; Wiegerink et al., 2010, citados en Maestro-Gonzalez et al., 2018). Para poder lograr esta satisfacción, existe una clara necesidad de educación en afectividad y sexualidad en las mujeres con parálisis cerebral, tanto en términos generales como en aquellos problemas específicos derivados de su discapacidad, ya que la recibida es insuficiente (Czapla y Otrębski, 2018).

Asimismo, es necesaria la normalización de la sexualidad de las mujeres con parálisis cerebral tratando de eliminar los estereotipos y las creencias existentes en términos de asexualidad sobre estas personas, no solo en referencia a los familiares o al personal sanitario, sino también en ellas mismas. Esta normalización daría lugar a que estas posean un mayor acceso a la información referente a su sexualidad, mayores modelos de referencia y una percepción más positiva en cuanto al uso de servicios de salud sexual y reproductiva, todo ello mejorando la calidad de vida y de esta manera también la salud y el bienestar psicosocial de las mujeres con dicha discapacidad (García Silva, 2022; Shah et al., 2022).

Otra de las necesidades existentes dentro de la educación en sexualidad y afectividad es la educación sobre violencia sexual. Al existir un mayor riesgo de que las mujeres con PC sufran violencia sexual y mayores dificultades a la hora de acceder a los servicios referentes a dicha violencia (Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, 2004), es importante que conozcan cómo actuar frente a estas situaciones mediante la educación y la prevención, logrando así una menor exposición a situaciones de riesgo.

Por último, para poder lograr que se lleve a cabo esta educación, existe una necesidad de creación e implementación de programas de intervención dirigidos a personas, más concretamente mujeres, con parálisis cerebral sobre sexualidad y/o afectividad. Cabe destacar la falta de programas dirigidos exclusivamente a personas con PC, independientemente del género, puesto que no se ha encontrado ninguno que aborde dicha temática y que esté dirigido a este colectivo. Los programas disponibles están enfocados casi de manera total a las personas con discapacidad intelectual (Navarro Abal et al., 2010) o a los padres o cuidadores de los mismos (Katz y Lazcano-Ponce, 2008; Clatos y Asare, 2016). Las revisiones sistemáticas existentes, ya sea las referentes a los programas de intervención sobre educación o abuso sexuales, también suelen estar enfocadas a las realizadas en personas con discapacidad

intelectual o del desarrollo, como las llevadas a cabo por Schmidt et al. (2019), Stobbe et al. (2021) o Martínez-Fortún López et al. (2021), entre otros.

El marco teórico utilizado en algunos de estos programas de intervención es el Modelo Transteórico del Cambio (Prochaska y DiClemente, 1983). Con este modelo, el cual toma distintos conceptos de otros marcos teóricos como pueden ser la teoría del “proceso de cambio” o el contra-condicionamiento, se pretende realizar de manera exitosa un cambio en la conducta basándose en el paso por distintas etapas: pre-contemplación (no se considera necesario un cambio), contemplación (se considera necesario un cambio pero no se actúa al respecto), preparación (se considera necesario un cambio y se llevan a cabo acciones), acción (se realiza una modificación del comportamiento), mantenimiento (se mantiene la conducta) y finalización; todas las personas que pasan por algún proceso de cambio transitan por estas etapas (Rivera Cisneros, 2017). En este caso, lo que se quiere lograr es un cambio en la actitud y las creencias existentes sobre sexualidad, el conocimiento que se posee del mismo y la autoeficacia de los participantes (Clatos y Asare, 2016). Debido a la falta de programas de intervención existente, como se ha explicado con anterioridad, no ha sido posible encontrar otros modelos utilizados para la creación de un marco teórico. Esto, una vez más, refuerza la necesidad de creación de programas centrados en personas, y más específicamente mujeres, con parálisis cerebral.

Por todo lo anteriormente comentado, el presente trabajo tiene como propósito plantear una propuesta de programa de intervención dirigida a mujeres con parálisis cerebral sobre afectividad y sexualidad, con el fin de dotarles de herramientas que les permitan disfrutar de estos aspectos de una manera plena y adaptadas a sus necesidades.

4. Determinación del programa

La propuesta que se realiza en el presente trabajo es el programa de intervención “Sexo y parálisis, ¡no son antónimos!”, el cual está formado por ocho sesiones de una hora y media cada una, a excepción de la primera y la octava, que tan solo durarán una hora, y cuyas beneficiarias son mujeres con parálisis cerebral. En cuanto a las personas participantes de este programa, los criterios de inclusión escogidos para el mismo son los siguientes:

- El programa de intervención estará dirigido a mujeres con parálisis cerebral, puesto que es un grupo especialmente vulnerable y que recibe una mayor discriminación que los hombres con esta discapacidad.

- Dichas mujeres deberán tener entre 16 y 30 años, ya que esta problemática se desarrolla durante la adolescencia y la juventud.
- Deberán residir en la provincia de Alicante, debido a que dicho programa pretende ser aplicado en la ciudad de Alicante.

Por el contrario, no podrán beneficiarse del programa:

- Aquellas mujeres que presenten discapacidad intelectual, ya que la metodología y las herramientas que serán utilizadas junto con el vocabulario que se empleará requiere de un nivel de comprensión algo elevado.
- Las mujeres que presenten algún tipo de discapacidad sensorial, como aquellas que afectan a la vista, el habla o el oído, que dificulte la comunicación o participación durante el programa.

Este proyecto tiene como objetivo general:

- Incrementar el conocimiento sobre sexualidad y afectividad en mujeres con PC.

Los objetivos específicos son:

- Normalizar la sexualidad de las personas con PC.
- Aumentar el conocimiento sobre salud sexual
- Fomentar las relaciones de pareja sanas
- Mejorar el autoconcepto que poseen las mujeres con PC.
- Aumentar el nivel de autoeficacia y autoestima.
- Reducir el riesgo de violencia sexual en mujeres con PC.

5. Ejecución e implementación

A la hora de llevar a cabo la implementación del programa, sería necesario contactar, en primer lugar, con el Ayuntamiento de Alicante y la Concejalía de Juventud, puesto que dicho programa se pretende realizar en el Centro 14, un Centro Municipal de Recursos para la juventud que dispone de un aula en el que se llevan a cabo cursos y talleres. Una vez contactado con el Ayuntamiento y conseguido el permiso para la realización del programa, se

llevaría a cabo la selección de participantes, la cual aparece explicada más adelante, se acomodaría la sala prestada para que cumpliera con las necesidades del programa, como puede ser mover mesas y sillas, y se colocarían los recursos externos necesarios.

6. Selección de participantes

En lo que respecta a la selección de participantes, en primer lugar, debería llevarse a cabo la difusión del programa. Para ello, sería necesario crear carteles publicitarios (Anexo A) y un correo electrónico. De esta manera, podrían imprimirse carteles y pegarlos, previa autorización, en centros de salud y otros centros asociados a este colectivo, y otros lugares cedidos por el Ayuntamiento. También se haría una difusión del programa mediante su cartel en las redes sociales del Centro 14 y de aquellos centros en los que estén presentes las mujeres con parálisis cerebral.

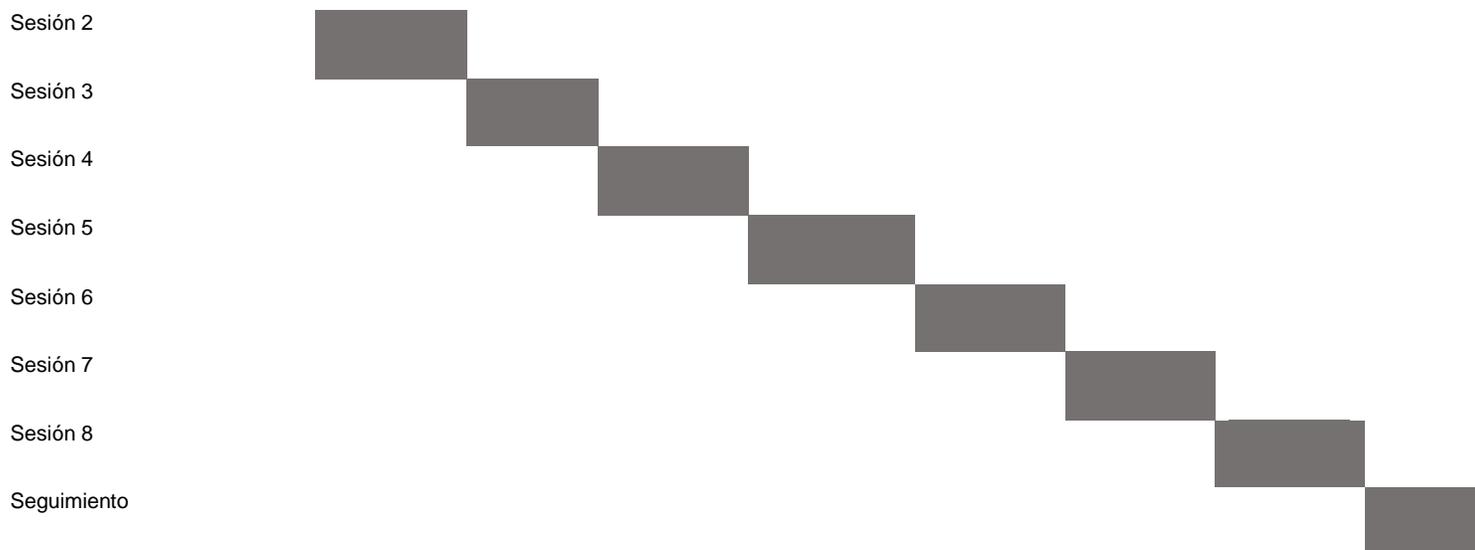
En dichos carteles habría un código QR que dirigiría a un Formulario de Google (Anexo B), el cual explicaría las características de la población a la que va dirigido este programa y que habría que rellenar para inscribirse. El grupo total de participantes debería ser de entre 8 y 10 personas, ya que se llevarán a cabo varias actividades de puesta en común a lo largo del programa que, en el caso de que se superaran las 10 asistentes, dificultaría cumplir con los tiempos estimados.

7. Calendario

El programa “Sexo y parálisis, ¡no son antónimos!” sería llevado a cabo durante los meses de septiembre y octubre del presente año 2023. Las sesiones tendrían lugar todos los jueves durante ocho semanas, de 18:30 a 20:00h, a excepción de la primera y la última, que serían de 18:30 a 19:30h.

Tabla 1. Cronograma

Tiempo	1ª semana	2ª semana	3ª semana	4ª semana	5ª semana	6ª semana	7ª semana	8ª semana	6 meses más tarde
Sesiones									
Sesión 1									



8. Recursos

Recursos humanos: Será tan solo necesario un/a profesional de la Psicología, que será quien imparta el programa.

Recursos físicos y materiales: En cuanto al espacio físico, será necesaria el aula cedida por el Ayuntamiento, donde se impartirá el programa. En lo referente a los recursos materiales, serán necesarios:

- Facilitados por el centro: Sillas, mesas, un proyector o en su defecto una pizarra digital para llevar a cabo las proyecciones, y una pizarra sobre la que escribir.
- Propiedad de las asistentes: Teléfono móvil con conexión a internet.
- Llevados por el propio equipo: Folios, carteles publicitarios, bolígrafos, un ordenador con conexión a internet, las presentaciones que vayan a ser proyectadas, los cuestionarios impresos y el buzón de preguntas (caja de cartón decorada).

En cuanto a la estimación del coste, se calcula que el total es de 709,99€: 550€ dirigidos al salario del psicólogo/a responsable y 159,99€ para los recursos materiales.

Tabla 2. Presupuesto

Tipo de recurso	Material	Importe
<i>Recursos humanos</i>	Salario del equipo	550€ (50€/hora)
<i>Recursos físicos</i>	Aula	0€ (Cedido por el Ayuntamiento)
<i>Recursos materiales</i>	Aquellos facilitados por el centro	0€ (Facilitado por el centro)
	Aquellos propiedad de las asistentes	0€ (Propiedad de las asistentes)
	Carteles publicitarios	60€ (3€/unidad)
	Folios	4,99€ (Un paquete de 500)
	Bolígrafos	3€ (0,30€/unidad)
	Ordenador	0€ (Propiedad del propio equipo)
	Cuestionarios impresos	90€ (3€/grupo de cuestionarios x 10 asistentes x 3 pases)
	Buzón de preguntas (Caja de cartón)	2€
Total		709,99€

9. Evaluación

En cuanto a la evaluación, en primer lugar, se llevará a cabo un pase de cuestionarios en la primera sesión del programa de intervención, para conocer con exactitud cuáles son los conocimientos de partida que poseen las participantes en cuanto a sexualidad, afectividad y violencia sexual y cuál es su nivel de autoeficacia, autoestima, autoconcepto y percepción de normalidad en cuanto a la sexualidad. Para ello, se aplicarán una serie de instrumentos que midan dichas variables. Al finalizar el programa, en la última sesión, se volverá a realizar el pase de cuestionarios, para comprobar si han existido cambios con respecto al nivel de conocimientos que poseían las usuarias antes y después de la intervención.

Las evaluaciones se harán en el aula, en un entorno tranquilo y libre de distracciones. Los cuestionarios, que se llevarán impresos, serán repartidos a las participantes. Después, se les

explicará cómo deben completarlos, llevándolos a cabo de manera individual, y la persona encargada de realizar el programa responderá a las dudas que las participantes puedan tener.

Los instrumentos de evaluación elegidos son los siguientes:

- “Cuestionario de evaluación sobre sexualidad y afectividad en mujeres con parálisis cerebral” (Anexo C) elaborado ad hoc, que abordará algunos de los contenidos tratados en la sesión 2 “Llámame por tu nombre: Conociendo nuestro cuerpo”, sesión 3 “Física o química: La sexualidad y la afectividad (I)”, sesión 4 “Sex Education: Salud Sexual”, sesión 5 “Las cosas del querer: La sexualidad y la afectividad (II)” y sesión 7 “Intocable: Violencia en la pareja y violencia sexual”, midiendo los conocimientos que las participantes poseen sobre sexualidad, afectividad y violencia sexual. Para ello se han utilizado 12 preguntas, las cuales se han elaborado específicamente para este programa, con 3 opciones de respuesta cada una donde solo una es correcta, empleándose así una escala de medida de 0 a 12. Para obtener la puntuación total del cuestionario se ha de sumar el número de ítems correctos, siendo 12 la mayor puntuación posible a obtener. De esta manera, cuanto mayor sea la puntuación, mayor será el conocimiento que se posee sobre los temas tratados en el cuestionario.

-La Escala “Comfort With Personal Sexuality” (Rempel y Baumgartner, 2003) (Anexo D). Esta escala consta de 10 ítems, los cuales han sido traducidos al castellano. El formato de respuesta es de tipo Likert, siendo 1 “Totalmente en desacuerdo” y 7 “Totalmente de acuerdo”, y estando los ítems 6 y 7 invertidos. En esta escala, cuanto mayor sea la puntuación, mayor es el grado de deseo sexual y normalidad frente a la expresión sexual. La fiabilidad es de .81.

- La “Escala de Autoestima de Rosenberg” (Rosenberg, 1965), utilizando su adaptación española (Atienza et al., 2000) (Anexo E). Esta escala consta de 10 ítems, con un formato de respuesta tipo Likert donde 1 corresponde a “Muy en desacuerdo” y 4 a “Muy de acuerdo”. Cuanto mayor sea la puntuación, mayor es la autoestima de la persona que realiza el cuestionario, teniendo en cuenta que los ítems 2, 5, 8, 9 y 10 se puntúan de manera invertida. La consistencia interna de esta escala se encuentra entre el .76 y el 0.87, y la fiabilidad es de .80.

- La “Escala de Autoeficacia General (EAG)” (Baessler y Schwarcer, 1996), utilizando su adaptación española (Sanjuán et al., 2000) (Anexo F), la cual evalúa el sentimiento de competencia personal para manejar de manera eficaz situaciones estresantes. Esta consta de 10 ítems con una escala de respuesta de diez puntos, siendo 1 “Totalmente en desacuerdo” y 10 “Totalmente de acuerdo”, y una consistencia interna de .87.

- La Escala “Autoconcepto Forma 5 (AF-5)” (García y Musitu, 2014) evalúa los diferentes aspectos del autoconcepto mediante 30 ítems divididos en 5 dimensiones, de las cuales se utilizará tan solo la dimensión “Físico” (ítems 5, 10, 15, 20, 25 y 30) (Anexo G). En cuanto a las respuestas, cada ítem debe ser clasificado en una escala cuantitativa entre 1 y 99, donde el 1 representa estar “totalmente en desacuerdo” y 99 estar “totalmente de acuerdo”. Dentro de las propiedades psicométricas de esta prueba, se ha establecido que el α de Cronbach es de .81.

10. Desarrollo de las sesiones

En cuanto a la organización del programa, las ocho sesiones son las siguientes:

Tabla 3. Organización del programa: Sesión 1

Sesión 1. Las chicas son guerreras: Introducción	
Objetivo/s	- Normalizar la sexualidad de las personas con PC
Metodología	Activa y participativa
Delimitación espacio-temporal	Duración del taller: <ul style="list-style-type: none"> - 60 minutos Espacio: <ul style="list-style-type: none"> - Aula
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación y explicación de contenidos - Pase de cuestionarios - Buzón de preguntas
Recursos materiales y humanos	Recursos materiales: <ul style="list-style-type: none"> - Sillas y mesas. Buzón de preguntas. (Necesarios en todas las sesiones) - Folios, bolígrafos y cuestionarios impresos - Proyector, ordenador, presentación a proyectar Recursos humanos: <ul style="list-style-type: none"> - Un/a psicólogo/a

En primer lugar, la persona encargada de llevar a cabo el taller se presentará y pedirá a todas las participantes, las cuales estarán sentadas en forma de “U” con el objetivo de que

puedan verse, que también se presenten. Para ello, se les entregará un papel y un bolígrafo, para así escribir su nombre y crear un cartel para dejar en la mesa con la finalidad de que vean sus nombres. Después, una por una hará dicha presentación. Tras esto, se proyectarán unas diapositivas en las que se explicará en qué consistirá cada una de las sesiones (Anexo H). A continuación, las participantes deberán completar de manera individual todos los instrumentos de evaluación anteriormente comentados. Por último, se introducirá el buzón de preguntas, el cual servirá para que las participantes escriban en un papel sus preguntas de manera anónima y las introduzcan en cualquier momento a lo largo de las sesiones. Se explicará que, al comienzo de todas las sesiones y antes de abordar el tema que toque ese día, se abrirá el buzón y se responderán las preguntas que se hayan realizado.

Tabla 4. Organización del programa: Sesión 2

Sesión 2. Llámame por tu nombre: Conociendo nuestro cuerpo	
Objetivo/s	- Normalizar la sexualidad de las personas con PC
Metodología	Activa y participativa
Delimitación espacio-temporal	Duración del taller: - 90 minutos Espacio: - Aula
Actividades	- Actividad 1: “¿Qué sabemos?” - Información sobre la sexualidad femenina a lo largo de la vida
Recursos materiales y humanos	Recursos materiales: - Proyector, ordenador, presentación a proyectar - Teléfonos móviles con conexión a internet de las asistentes Recursos humanos: - Un/a psicólogo/a

Se empezará la sesión con una actividad, “¿Qué sabemos?”, para la que se proyectarán dos imágenes; el aparato reproductor masculino y el femenino. Se pedirá a las participantes que nombren cada una de sus partes mediante un Kahoot (Anexo I). También se les preguntará qué

otros nombres conocen para cada parte, y se les explicará qué funciones tienen. Tras esto, se proyectarán dos imágenes del cuerpo completo de un hombre y una mujer (Anexo J). Se les preguntará qué zonas erógenas conocen y después se profundizará un poco más, explicando cuáles son las zonas erógenas y qué diferencias existen entre ambos sexos.

Después, se les proporcionará información sobre la sexualidad femenina a lo largo de la vida, apoyándonos en una presentación (Anexo K). En primer lugar, se hablará de la menstruación; se explicará qué es y cuáles son las fases del ciclo menstrual, junto con su duración aproximada. También se tratarán los síntomas físicos y psicológicos de cada una de las fases del ciclo y qué productos de higiene menstrual existen, todo esto adaptado a las mujeres con PC. Tras esto, se hablará del embarazo, comenzando por lanzarles a las participantes la siguiente pregunta: ¿Puedo quedarme embarazada si tengo PC? Tras sus respuestas, se explicará qué es el embarazo y cuáles son sus fases, y también algunos cuidados específicos que las mujeres con PC deben llevar al quedarse embarazadas, recalcando la nula problemática de que las mujeres con PC quieran ser madres. Por último, se tratará la menopausia, explicando qué es y cómo puede afectar a las mujeres física y psicológicamente, para finalizar con la presentación.

Tabla 5. Organización del programa: Sesión 3

Sesión 3. Física o química: La sexualidad y la afectividad (I)	
Objetivo/s	<ul style="list-style-type: none"> - Normalizar la sexualidad de las personas con PC - Aumentar el conocimiento sobre salud sexual
Metodología	Activa y participativa
Delimitación espacio-temporal	Duración del taller: <ul style="list-style-type: none"> - 90 minutos Espacio: <ul style="list-style-type: none"> - Aula
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> - Explicación sobre afectividad y sexualidad - Actividad 1: “Desmontando mitos” - Lluvia de ideas - Actividad 2: “Columnas”

Recursos materiales y humanos	Recursos materiales: <ul style="list-style-type: none"> - Proyector, ordenador, pizarra, presentación a proyectar Recursos humanos: <ul style="list-style-type: none"> - Un/a psicólogo/a
--------------------------------------	---

En primer lugar, se explicaría qué es la afectividad y la sexualidad, para qué sirven y la importancia de estos para nuestro desarrollo, tratando de fomentar una actitud positiva. A continuación, se llevará a cabo la actividad 1, para la que se proyectarán algunas frases que constituyan mitos sobre la sexualidad en general, la sexualidad en cuanto a la mujer, y la sexualidad de las personas con PC, como por ejemplo “La masturbación es algo negativo” o “Las personas con parálisis cerebral no son deseadas” (Anexo L). Se pedirá a las participantes que digan si están de acuerdo o en desacuerdo con dichas afirmaciones, para seguidamente desmontar dichos mitos.

Tras esto, se explicarán las distintas afectaciones físicas en las personas con PC a nivel sexual, preguntándoles también a las asistentes qué problemas piensan que tienen o podrían tener a la hora de mantener relaciones sexuales o conductas autoeróticas en relación a sus capacidades físicas, y se llevará a cabo una lluvia de ideas para buscar alternativas que solucionen dichos problemas. Para finalizar con la sesión se llevará a cabo la actividad 2. En esta, se dibujarán en la pizarra tres columnas: “sexo”, “identidad de género” y “orientación sexual” y se pedirá a las participantes que intenten completar las columnas con conceptos asociados a cada una de ellas. Después se proyectará una presentación (Anexo M), en la que se explicarán los tres conceptos y qué entra dentro de cada uno de ellos.

Tabla 6. Organización del programa: Sesión 4

Sesión 4. Sex Education: Salud Sexual	
Objetivo/s	<ul style="list-style-type: none"> - Normalizar la sexualidad de las personas con PC - Aumentar el conocimiento sobre salud sexual
Metodología	Activa y participativa

Delimitación espacio-temporal	Duración del taller: <ul style="list-style-type: none"> - 90 minutos Espacio: <ul style="list-style-type: none"> - Aula
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> - Información sobre la salud sexual - Información sobre recursos de salud sexual - Información sobre Infecciones de Transmisión Sexual - Actividad 1: Métodos anticonceptivos
Recursos materiales y humanos	Recursos materiales: <ul style="list-style-type: none"> - Proyector, ordenador, presentación a proyectar, pizarra Recursos humanos: <ul style="list-style-type: none"> - Un/a psicólogo/a

En primer lugar, se explicará qué es la salud sexual y la importancia de poseer una salud sexual positiva. Tras esto, se les enseñará a las asistentes cuales son los diferentes recursos en referencia a la salud sexual a los que se pueden acudir.

A continuación, se explicarán qué son las ITS y los diferentes tipos existentes, y cuál es la función de los métodos anticonceptivos. Tras la explicación, se llevará a cabo la actividad 1, donde se pedirá a las participantes que digan qué métodos anticonceptivos conocen y se clasificarán en la pizarra, primero sin ayuda y después con la corrección de la persona encargada de llevar la sesión, del más al menos efectivo, indagando un poco en cada uno mediante una presentación (Anexo N).

Tabla 7. Organización del programa: Sesión 5

Sesión 5. Las cosas del querer: La sexualidad y la afectividad (II)	
Objetivo/s	<ul style="list-style-type: none"> - Normalizar la sexualidad de las personas con PC - Fomentar las relaciones de pareja sanas
Metodología	Activa y participativa

Delimitación espacio-temporal	Duración del taller: <ul style="list-style-type: none"> - 90 minutos Espacio: <ul style="list-style-type: none"> - Aula
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> - Visualización de un vídeo y puesta en común - “El amor y las relaciones de pareja” - Actividad 1: “Desmontando mitos” - Actividad 2: “Habilidades de comunicación en pareja: asertividad”
Recursos materiales y humanos	Recursos materiales: <ul style="list-style-type: none"> - Proyector, ordenador, presentación a proyectar Recursos humanos: <ul style="list-style-type: none"> - Un/a psicólogo/a

Esta sesión comenzará con la visualización del vídeo “La Historia De Amor Entre Alex Roca Y Mari Carme Maza | Crush On” (<https://youtu.be/T3QMuZsYOB4>), en el que un deportista con parálisis cerebral y su mujer explican su relación de pareja, y después se les pedirá a las participantes su opinión sobre el hecho de tener una pareja padeciendo parálisis cerebral, es decir, las dificultades que creen que podrían encontrar o si están de acuerdo o en desacuerdo con la opinión de las personas del vídeo. Tras esto, la persona encargada del taller explicará qué es el amor y los diferentes tipos existentes mediante la teoría triangular del amor de Sternberg. Después hablará sobre las relaciones de pareja, las etapas que pueden atravesar y qué es aquello que caracteriza una relación sana, apoyándose en una presentación (Anexo O).

Tras la presentación, se realizará la actividad 1. Para esta actividad, se proyectarán en la pizarra afirmaciones que constituyan mitos del amor romántico, como la existencia de una media naranja o que el amor todo lo puede (Anexo P), y se pedirá a las participantes que digan si están de acuerdo o en desacuerdo con dichas afirmaciones, para seguidamente desmontar dichos mitos. Por último, se explicará qué es la asertividad y su importante función a la hora de comunicarnos. Tras esto se les enseñarán algunas técnicas asertivas, como la técnica del aplazamiento asertivo o la del disco rayado. Cuando las participantes conozcas las diferentes técnicas, se le asignará a cada una de ellas una situación de pareja (Anexo Q) que deberán

resolver mediante el uso de las técnicas asertivas que prefieran, llevándolo a cabo delante de las compañeras.

Tabla 8. Organización del programa: Sesión 6

Sesión 6. Just the Way You Are: Las 3 Aes	
Objetivo/s	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el autoconcepto que poseen las mujeres con PC - Aumentar el nivel de autoeficacia y autoestima.
Metodología	Activa y participativa
Delimitación espacio-temporal	Duración del taller: <ul style="list-style-type: none"> - 90 minutos Espacio: <ul style="list-style-type: none"> - Aula
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad 1: “Primera A: Autoestima” - Actividad 2: “Segunda A: Autoconcepto” - Actividad 3: “Tercera A: Autoeficacia” - Relación de las 3 Aes con la afectividad y la sexualidad
Recursos materiales y humanos	Recursos materiales: <ul style="list-style-type: none"> - Folios y bolígrafos Recursos humanos: <ul style="list-style-type: none"> - Un/a psicólogo/a

Para empezar la sesión, se llevará a cabo la actividad 1. En primer lugar, se repartirán folios y bolígrafos y se les pedirá a las participantes que escriban tres cosas positivas sobre ellas mismas. Tras esto, deberán explicarle al resto del grupo qué han escrito y porqué. Finalmente, se introducirá el concepto de autoestima, definiéndolo y explicando su importancia. Para la actividad 2, se pedirá a las asistentes que escriban tres adjetivos que crean que las definan. A continuación, le pasarán la hoja a su compañera de la derecha, que deberá escribir otros tres adjetivos que crean que define a quien le ha dado la hoja. Después, se devolverán las hojas y se leerán, para hacer una reflexión sobre cómo me veo yo y cómo me ven las demás. Tras esto, se explicará qué es el autoconcepto y la importancia de conocerse a una misma. En

la actividad 3, las participantes deberán explicarle a las demás los tres logros de los que estén más orgullosas. Tras esto, se explicará el concepto de autoeficacia.

Al finalizar las tres actividades, se abrirá un pequeño debate: ¿Creéis que tienen un papel importante estos términos en relación a la afectividad y la sexualidad? Cuando termine el debate se explicará la importancia de estos en cuanto a la sexualidad y la afectividad.

Tabla 9. Organización del programa: Sesión 7

Sesión 7. Intocable: Violencia en la pareja y violencia sexual.	
Objetivo/s	- Reducir el riesgo de violencia sexual en mujeres con PC
Metodología	Activa y participativa
Delimitación espacio-temporal	Duración del taller: - 90 minutos Espacio: - Aula
Actividades	- ¿Qué NO es una relación sana?: Violencia en la pareja - Actividad 1: “Identificamos la violencia” - Información sobre violencia sexual - Actividad 2: “Yo, por aquí, no”
Recursos materiales y humanos	Recursos materiales: - Proyector, ordenador Recursos humanos: - Un/a psicólogo/a

Habiendo explicado en sesiones anteriores qué caracteriza una relación sana, en primer lugar se hablará sobre qué es lo que caracteriza a una relación no saludable y de la violencia dentro de la pareja. Se explicarán cuáles son los diferentes tipos de violencia, como la psicológica, la física o la sexual, entre otras, utilizando también ejemplos para clarificarlo. Después, se llevará a cabo la actividad 1. En esta, se visualizarán cinco vídeos: Capítulo 1. Fútbol. (<https://youtu.be/xdCCSyatVx0>), Capítulo 2. Árbol. (<https://youtu.be/YKnaj2DnKBI>), Capítulo 3. Telefonillo (<https://youtu.be/mjGAeOPVrPc>), Capítulo 4. Banco

(https://youtu.be/Z_zCdJD9bpA) y Capítulo 5. Contraseña (<https://youtu.be/82HNR1XKrd0>). En ellos aparecen situaciones donde existe violencia dentro de la pareja, y las participantes tendrán que determinar qué clase de violencia se puede identificar en cada vídeo.

Tras esto, se ahondará más sobre qué es la violencia sexual, dentro y fuera de la pareja, y qué problemas comprende, con el objetivo de que aprendan a identificarla. Por último, se llevará a cabo una actividad en la que se les presentará a las participantes diferentes escenarios, y ellas deberán decidir en grupo si se tratan de situaciones en las que se está sufriendo violencia de tipo sexual o no (Anexo R). De esta manera, se ejemplificarán de manera más clara los conceptos explicados en la parte anterior de la sesión.

Tabla 10. Organización del programa: Sesión 8

Sesión 8. ¡Eso es todo, amigas!: Finalización	
Objetivo/s	- Normalizar la sexualidad de las personas con PC
Metodología	Activa y participativa
Delimitación espacio-temporal	Duración del taller: - 60 minutos Espacio: - Aula
Actividades	- Breve repaso de todo lo aprendido - Pase de cuestionarios - Finalización
Recursos materiales y humanos	Recursos materiales: - Cuestionarios impresos, bolígrafos Recursos humanos: - Un/a psicólogo/a

Para la última sesión, se llevará a cabo en primer lugar un breve repaso de todo lo que se ha tratado durante el programa. Para ello, se les pedirá a las asistentes que expliquen qué les ha parecido la experiencia y qué es lo más importante que han aprendido, lo que se llevan del taller.

Tras esto, las participantes volverán a realizar los cuestionarios que se les administró en la primera sesión. Para finalizar con el programa, se les pedirá que realicen sugerencias sobre qué cosas podrían cambiarse o mejorarse de cara a volver a llevar a cabo el programa en el futuro. Por último, se les agradecerá su participación en el proyecto y se dará por finalizada la sesión.

11. Seguimiento

En cuanto al seguimiento del programa, se llevará a cabo un pretest en la primera sesión y un post test en la última, como se ha explicado con anterioridad. Al cabo de 6 meses se contactará de nuevo con las participantes y se les volverá a citar en el Centro 14. Una vez allí, se les volverá a realizar el tercer y último pase de cuestionarios, con el objetivo de comprobar si existe un cambio en cuanto a los tres pases de cuestionarios llevados a cabo. Además, tras completarlos, se les pedirá que comenten, si lo desean, si la asistencia al programa ha tenido consecuencias tanto en su vida afectiva y sexual como en su calidad de vida.



12. Referencias bibliográficas

- Atienza, F. L., Moreno, Y., y Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis*, vol XXII (1-2), 29-42.
- Cavalcante Carvalho, A. M. (2018). Discriminación interseccional: concepto y consecuencias en la incidencia de violencia sexual contra mujeres con discapacidad. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, (7), 15-25.
- Clatos, K., y Asare, M. (2016). Sexuality education intervention for parents of children with disabilities: A pilot training program. *American journal of health studies*, 31(3), 151.
- Czapla, K., y Otrębski, W. (2018). Differences in sexual behavior of teenagers and young adults with cerebral palsy: the role of sexual needs and sexual esteem. *Sexuality and Disability*, 36, 33-46.
- García Silva, M. (2022). Sexo y Diversidad Funcional: Generando praxis adecuadas desde el ámbito socioeducativo. *ÀÀF Àmbits de Psicopedagogia i Orientació*, (57), 53-67.
- González, E. (2002). Educar en la afectividad. *Madrid, Universidad Complutense de Madrid*, 2. Recuperado de <http://www.surgam.org/articulos/504/12%20EDUCAR%20EN%20LA%20AFECTIVIDAD.pdf>
- Hendrick, C., Hendrick, S. S., y Reich, D. A. (2006). The Brief Sexual Attitudes Scale. *The Journal of Sex Research*, 43(1), 76–86.
- Hergenröder, H., y Blank, R. (2009). Subjective well-being and satisfaction with life in adults with spastic cerebral palsy: a pilot study of a randomized sample. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 51(5), 389-396.
- INE (2023). *Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2020*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Katz, G., y Lazcano-Ponce, E. (2008). Sexuality in subjects with intellectual disability: an educational intervention proposal for parents and counselors in developing countries. *Salud pública de México*, 50(suppl 2), s239-s254.

- Kleinsteuber Saa, K., Avaria Benaprés, M. D. L. Á., y Varela Estrada, X. (2014). Parálisis cerebral. *Revista Pediatría Electrónica*, 54-70. Recuperado de <https://dokumen.tips/documents/6-paralisis-cerebral.html?page=1>
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. *Boletín Oficial del Estado*, 313, de 29 de diciembre de 2004.
- Maestro-Gonzalez, A., Bilbao-Leon, M. C., Zuazua-Rico, D., Fernandez-Carreira, J. M., Baldonado-Cernuda, R. F., y Mosteiro-Diaz, M. P. (2018). Quality of life as assessed by adults with cerebral palsy. *PLoS ONE*, 13(2).
- Mailhot Amborski, A., Bussières, E. L., Vaillancourt-Morel, M. P., y Joyal, C. C. (2022). Sexual violence against persons with disabilities: a meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(4), 1330-1343.
- Martínez-Fortún López, M., Gesteira Santos, C., Morán Rodríguez, N., García-Vera, M. P., y Sanz Fernández, J. (2021). Programas de prevención del abuso sexual en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo: una revisión sistemática. *Revista Española de Discapacidad*, 9(1), 75-100.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2023). *Macroencuesta de violencia contra la mujer 2019*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Montoya Londoño, D. M., Dussán Lubert, C., Pinilla Sepúlveda, V. E., y Puente Ferreras, A. (2019). Estandarización de la Escala de autoconcepto AF5 en estudiantes universitarios colombianos. *Ansiedad y estrés*, 25(2), 118-124.
- Navarro Abal, Y., Torrico Linares, M. E., y López López, M. J. (2010). Programa de intervención psicosexual en personas con discapacidad intelectual. *Educacion y diversidad = Education and diversity: Revista inter-universitaria de investigación sobre discapacidad e interculturalidad*, 4(2), 75-92.
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Salud Sexual*. Recuperado el 5 de mayo de 2023 de https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_2
- Póo Argüelles, P. (2008). Parálisis cerebral infantil. *Hospital Sant Joan de Dèu*, 36(1), 271-277.

- Rempel, J. K., y Baumgartner, B. (2003). The relationship between attitudes towards menstruation and sexual attitudes, desires, and behavior in women. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 155-163.
- Rivera Cisneros, A. (2017). Exploración de modelos para el cambio personal y social: el modelo transteórico de Prochaska. *Revista Oratores*, (1).
- Sanjuán, P., Pérez, A.M., y Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12, 509-513
- Schmidt, E. K., Brown, C., y Darragh, A. (2020). Scoping review of sexual health education interventions for adolescents and young adults with intellectual or developmental disabilities. *Sexuality and Disability*, 38, 439-453.
- Shah, S., Bradbury-Jones, C., y Taylor, J. (2022). Access to and utilisation of sexual and reproductive healthcare for women and girls with cerebral palsy. *Disability and Society*.
- Stobbe, K. J., Scheffers, M., van Busschbach, J. T., y Didden, R. (2021). Prevention and intervention programs targeting sexual abuse in individuals with mild intellectual disability: a systematic review. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 14(2), 135-158.
- Vélez Laguado, P. (2006). La sexualidad en la discapacidad funcional. *Revista ciencia y cuidado*, 3(3), 156-162.
- Wiegerink, D. J., Roebroek, M. E., Donkervoort, M., Cohen-Kettenis, P. T., y Stam, H. J. (2008). Social, intimate and sexual relationships of adolescents with cerebral palsy compared with able-bodied age-mates. *Journal of rehabilitation medicine*, 40(2), 112-118.
- Wiegerink, D. J., Roebroek, M. E., van der Slot, W. M., Stam, H. J., Cohen-Kettenis, P. T., y South West Netherlands Transition Research Group. (2010). Importance of peers and dating in the development of romantic relationships and sexual activity of young adults with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 52(6), 576-582.

13. Anexos

Anexo A. Cartel publicitario

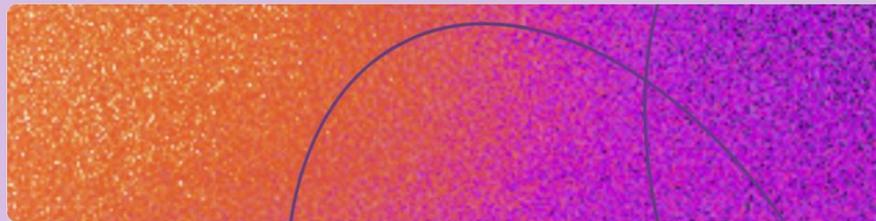
**SEXO Y
PARÁLISIS,
¡NO SON
ANTÓNIMOS!**

PROGRAMA SOBRE SEXUALIDAD Y AFECTIVIDAD PARA
MUJERES CON PARÁLISIS CEREBRAL DE ENTRE 16 Y 30
AÑOS

¡APÚNTATE YA!

09/2023 – CENTRO 14
PARA +INFO: sexoyparalisis@gmail.com

Anexo B. Inscripción al programa



Sexo y parálisis, ¡no son antónimos!

¡Hola! Este es el formulario de inscripción para el programa sobre sexualidad y afectividad que se va a llevar a cabo en el Centro 14 durante los meses de septiembre y octubre para **mujeres con parálisis cerebral de entre 16 y 30 años** de la provincia de Alicante. Este programa está especialmente dirigido a aquellas mujeres **que no presenten discapacidad intelectual y/o algún tipo de discapacidad sensorial** (como las que afectan a la vista, el habla o el oído) que dificulten la participación o comunicación durante el programa. Para más información o resolución de dudas puedes contactar con nosotros a través de: sexoyparálisis@gmail.com

Nombre completo *

Tu respuesta

Fecha de nacimiento *

Fecha

dd/mm/aaaa 

Sexo *

Masculino

Femenino

Otro: _____

Ciudad de residencia *

Tu respuesta

Correo electrónico *

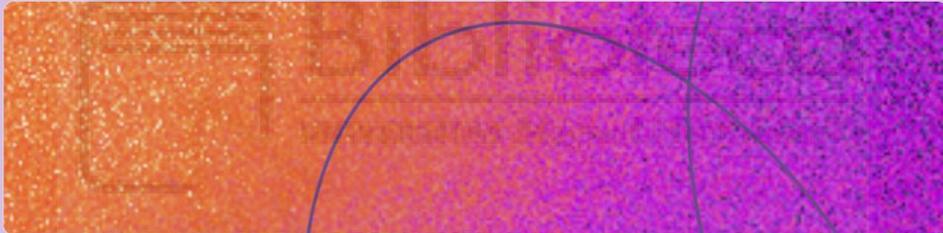
Tu respuesta

Número de teléfono *

Tu respuesta

Enviar

Borrar formulario



Sexo y parálisis, ¡no son antónimos!

¡Gracias por tu inscripción! Pronto te enviaremos más información sobre el programa por correo electrónico.

[Enviar otra respuesta](#)

Anexo C. Cuestionario de evaluación sobre sexualidad y afectividad en mujeres con parálisis cerebral

Rodea la respuesta correcta:

1. Las personas con parálisis cerebral...
 - a. No tienen deseos o necesidades sexuales
 - b. Tienen deseos o necesidades sexuales, pero no son iguales que los de las personas sin discapacidad
 - c. Tienen deseos o necesidades sexuales iguales a los de las personas sin discapacidad

2. Las mujeres con parálisis cerebral...
 - a. No pueden quedarse embarazadas
 - b. Pueden quedarse embarazadas, pero es mejor que no lo hagan
 - c. Pueden quedarse embarazadas y no hay problema en que lo hagan

3. El desarrollo de la sexualidad...
 - a. No es necesario para llevar una vida plena
 - b. Es necesario, pero no es importante para llevar una vida plena
 - c. Es necesario e importante para llevar una vida plena

4. Las personas con parálisis cerebral...
 - a. No suelen tener pareja
 - b. A veces tienen pareja, pero son siempre otras personas con parálisis cerebral
 - c. A veces tienen pareja, y esta puede que tenga parálisis cerebral o no

5. Las personas con parálisis cerebral...
 - a. No son igual de deseables que los que no padecen PC
 - b. Son deseables, pero solo para otras personas con PC
 - c. Son igual de deseables que los que no padecen PC

6. En cuanto al género...
 - a. Solo existen dos géneros: el masculino y el femenino
 - b. Es lo mismo que el sexo
 - c. A veces el género no se ajusta al sexo biológico
7. En cuanto al amor...
 - a. Existen mitos que es necesario desmontar
 - b. No existen mitos
 - c. Existen mitos, pero no es necesario desmontarlos, porque no son malos
8. Las barreras anticonceptivas...
 - a. Solo sirven para que las mujeres no se queden embarazadas
 - b. Todos debemos utilizarlas, sin importar nuestro género u orientación sexual
 - c. No sirven para nada
9. Pueden contagiarse de una ITS...
 - a. Todas las personas activas sexualmente, sin importar el número de parejas sexuales
 - b. Solo las personas que mantienen relaciones con más de una persona
 - c. Casi nadie, ya que las ITS son muy difíciles de contagiar
10. Tener una buena salud sexual...
 - a. No debería ser importante para nadie
 - b. Debería ser importante, pero no para las personas con parálisis cerebral
 - c. Debería ser importante para todos, incluidas las personas con parálisis cerebral
11. Dentro de una relación de pareja...
 - a. Es normal que mi pareja me presione para mantener relaciones sexuales, aunque no me apetezca
 - b. Puede ser que exista violencia, pero no de tipo sexual

- c. Si se me presiona para mantener relaciones sexuales, se está ejerciendo violencia sexual

12. La violencia de tipo sexual podemos sufrirla por parte de...

- a. Personas conocidas, como mi pareja o mis familiares
- b. Personas desconocidas
- c. Las dos respuestas anteriores son correctas



Anexo D. Escala "Comfort With Personal Sexuality"

Responda a las siguientes preguntas de la manera más honesta posible rodeando la respuesta que mejor se ajuste a usted:

1. Me siento cómodo/a hablando sobre sexualidad con desconocidos

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

2. Creo que soy una persona muy sexy

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

3. Me sentiría cómodo/a explicándole a un hermano o amigo del mismo sexo cómo masturbarse

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

4. Me gustaría que todo el mundo tuviera una actitud abierta hacia la sexualidad

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

5. Incluso cuando no estoy en una relación, me sigo sintiendo una persona sexual

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

6. No me siento cómodo/a viendo películas o leyendo literatura que encuentre sexualmente estimulante

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

7. No me sentiría cómodo/a examinando mis genitales con atención

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

8. Estoy dispuesto/a a probar nuevas ideas sexuales que puedan enseñarme otras personas

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

9. Utilizo palabras como pezones, pene, vagina o clitoris en conversaciones sin ningún problema

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

10. El objetivo principal del sexo es que la gente se divierta

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

Anexo E. Escala de Autoestima de Rosenberg

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSE)
(Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, & Moreno, 2000)

Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras	1	2	3	4
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas	1	2	3	4
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso	1	2	3	4
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo	1	2	3	4
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	1	2	3	4
10	A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	3	4

Anexo F. Escala de Autoeficacia General (EAG)

Lea las frases que figuran a continuación y escriba el nivel de acuerdo o desacuerdo que tiene con cada una de ellas, siendo 1 “Totalmente en desacuerdo” y 10 “Totalmente de acuerdo”:

Ítem	Número del 1 al 10
1. Puedo encontrar la forma de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga	
2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente	
3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas	
4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados	
5. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas	
6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles	
7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo	
8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario	
9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer	
10. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo	

Anexo G. Escala “Autoconcepto Forma 5 (AF-5)”

Conteste del 1 al 99 en las casillas correspondientes a cada pregunta:

Ítem	Número del 1 al 99
1. Me cuido físicamente	
2. Me buscan para realizar actividades deportivas	
3. Me considero elegante	
4. Me gusta como soy físicamente	
5. Soy bueno haciendo deportes	
6. Soy una persona atractiva	



Sexo y parálisis, ¡No son antónimos!

PROGRAMA PARA MUJERES DE ENTRE 16 Y 30 AÑOS
CON PARÁLISIS CEREBRAL

¿Cuándo y dónde?

TODOS LOS JUEVES DE 18:30 A
20:00h EN EL CENTRO 14

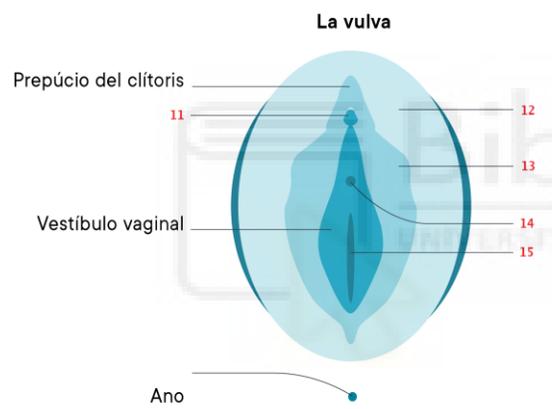
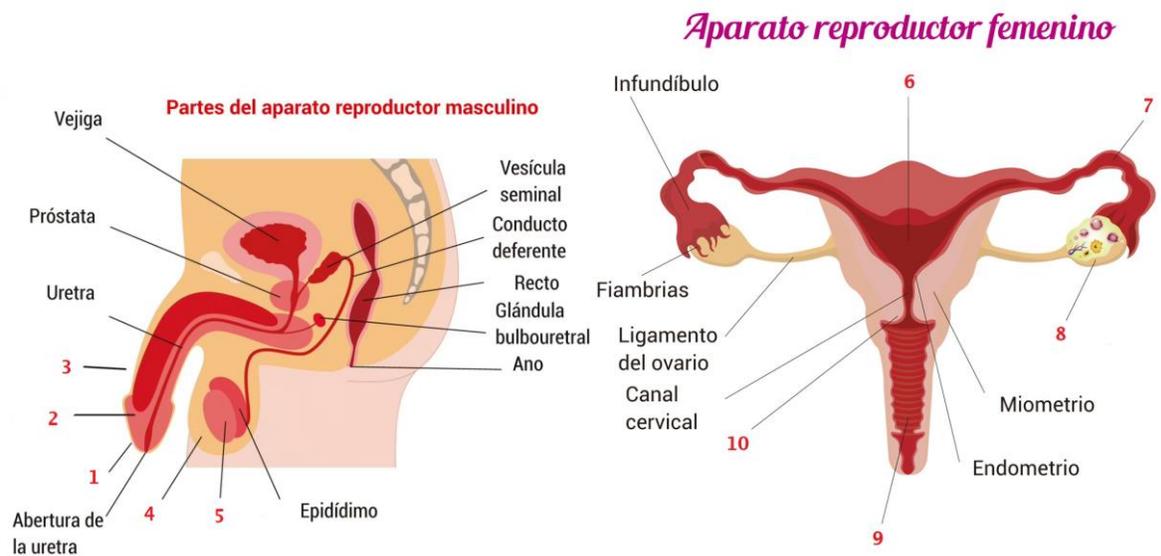
SESIONES

1. Las chicas son guerreras: Introducción
2. Llámame por tu nombre: Conociendo nuestro cuerpo
3. Física o química: La sexualidad y la afectividad (I)
4. Sex Education: Salud Sexual

SESIONES

5. Las cosas del querer: La sexualidad y la afectividad (II)
6. Just the Way You Are: Las 3 Aes
7. Intocable: Violencia en la pareja y violencia sexual
8. ¡Eso es todo, amigas!: Finalización

Anexo I. Sesión 2: Kahoot e imágenes



5

▲ Glande ◆ Testículos

● Pene ■ Escroto

6

▲ Útero ◆ Ovario

● Cérvix ■ Escroto

7

▲ Útero ◆ Ovario

● Cérvix ■ Trompa de Falopio

8

▲ Útero ◆ Ovario

● Cérvix ■ Trompa de Falopio

9

▲ Útero ◆ Vagina

● Cérvix ■ Trompa de Falopio

10

▲ Útero ◆ Vagina

● Cérvix ■ Trompa de Falopio

11

▲ Labios menores ◆ Vagina

● Labios mayores ■ Clitoris

12

▲ Labios menores ◆ Orificio vaginal

● Labios mayores ■ Orificio uretral

13

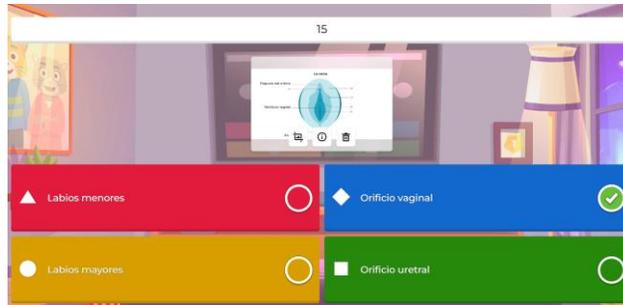
▲ Labios menores ◆ Orificio vaginal

● Labios mayores ■ Orificio uretral

14

▲ Labios menores ◆ Orificio vaginal

● Labios mayores ■ Orificio uretral



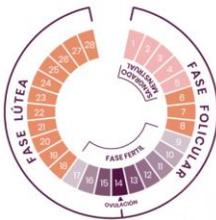
Anexo J. Sesión 2: Imágenes de los cuerpos de un hombre y una mujer



Información sobre la sexualidad femenina a lo largo de la vida

SESIÓN 2

MENSTRUACIÓN



Y la regla,
¿qué es?

SÍNTOMAS

PSICOLÓGICOS

- Tensión o ansiedad
- Estado de ánimo deprimido
- Episodios de llanto
- Cambios de humor e irritabilidad
- Problemas para conciliar el sueño (insomnio)
- Aislamiento social
- Problemas de concentración
- Cambios en la libido

--> SPM

FÍSICOS

- Dolor articular o muscular
- Dolor de cabeza
- Fatiga
- Aumento de peso por retención de líquidos
- Hinchazón abdominal
- Sensibilidad en los senos
- Brotes de acné
- Estreñimiento o diarrea

PRODUCTOS HIGIENE MENSTRUAL

PRODUCTOS DESECHABLES



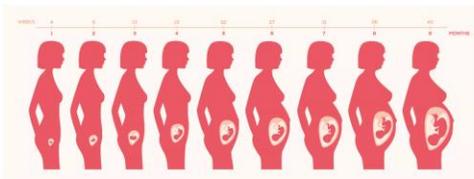
PRODUCTOS REUTILIZABLES



EMBARAZO



Fases del embarazo



Cuidados específicos de las mujeres con PC



MENOPAUSIA



¿Qué es la menopausia y cómo nos afecta?

Síntomas físicos y psicológicos



Anexo L. Sesión 3: Mitos sobre la sexualidad

- Los hombres tienen mayor deseo sexual que las mujeres
- La masturbación es algo negativo
- Las relaciones sexuales solo deben darse en un contexto de pareja
- No se pueden mantener relaciones sexuales con la regla
- El orgasmo solo se alcanza a través de la penetración
- Las personas con parálisis cerebral no son deseadas sexualmente
- Las mujeres con parálisis cerebral no pueden mantener relaciones sexuales “tradicionales”

Anexo M. Sesión 3: Presentación sobre sexo, identidad de género y orientación sexual



Métodos anticonceptivos

SESIÓN 4

Métodos de barrera



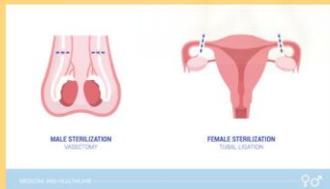
Métodos hormonales y químicos



Dispositivo intrauterino (DIU)



Métodos quirúrgicos



Métodos naturales



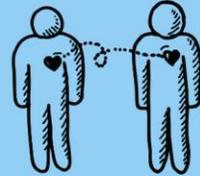
Métodos de emergencia



El amor y las relaciones de pareja

SESIÓN 5

¿Qué es el amor?



Etapas de las relaciones de pareja



¿Cuáles son las características de una relación sana?



Anexo P. Sesión 5: Mitos del amor romántico

- El amor todo lo puede
- Existe mi media naranja
- Estar celoso es una muestra de amor
- Solo me puedo sentir atraída por mi pareja
- El amor es lo más importante

Anexo Q. Sesión 5: Situaciones de pareja

- Mi pareja llega siempre tarde cuando quedamos
- Mi pareja sugiere hacer algo que a mi no me apetece hacer
- Mi pareja ha dicho algo que me ha molestado
- Pienso que mi pareja me ha mentado
- Mi pareja está molesta conmigo porque he hecho algo que no le ha gustado

Anexo R. Sesión 7: Situaciones sobre violencia sexual

- Mi pareja mantuvo relaciones sexuales conmigo. Yo no me acuerdo porque había bebido demasiado, pero mi pareja lo sabía.
- Mantengo relaciones sexuales con mi pareja y, a mitad, le pido que pare, pero no lo hace.
- Mi pareja mantiene relaciones sexuales conmigo, aunque yo no quiero, utilizando la fuerza física.
- Mi pareja quiere mantener relaciones sexuales conmigo. Al principio no me apetece, pero tras insistir un poco, acabo accediendo.
- Mi pareja me amenaza con dejarme si no mantengo relaciones sexuales cuando él/ella quiere.